

「介護保険優先原則」をめぐる近年の動向と政策課題 —運動の生起と自治体運用の問題を中心に—

荻原 康一ⁱ

近年、障害者総合支援法で規定された介護保険優先原則がもたらす弊害が明らかになり、一部の自治体では審査請求や訴訟にまで発展した。そこで、厚生労働省は、2014年に2つの制度の適用関係について自治体運用に関する調査を行い、2015年にはその調査結果を踏まえて「事務連絡」を発した。本稿では、まず介護保険優先原則と2007年に厚生労働省がその例外的措置などを示した「通知」の概要を簡単に説明し、つぎに2000年から存在したと考えられるこの問題が、近年になって大きく問題視されるようになった原因について考察した。要因として、2つの制度の利用者負担の乖離、障害者自立支援法に対する運動の到達点、そして自治体の運用実態に着目した。また国ばかりでなく自治体においても介護保険優先原則を推進し、自治体間で運用の相違が生じる理由を、法的側面と財源上の措置に焦点を当てて言及した。最後に、この調査結果を踏まえて発せられた2015年の厚生労働省「事務連絡」が、障害者にはその矛盾を押し付け、また単に自治体に責任を転嫁させるものであることを指摘した。

キーワード：介護保険、障害者福祉、介護保険優先原則、障害者総合支援法、利用者負担、障害者運動

目次

- I 介護保険優先原則と「2007年通知」の概要
- II 介護保険優先原則の歴史と障害者運動
 - 1. 「2000年通知」と介護保険優先原則
 - 2. 障害者自立支援法の制定・改正と介護保険優先原則
- III 2014年厚生労働省調査結果にみる自治体運用の実態
- IV 「2015年事務連絡」と政策課題
 - 1. 法的側面と財政的側面による課題
 - 2. 「2015年事務連絡」の内容
 - 3. まとめにかえて——「2007年通知」2015年の一部改正を踏まえて

I 介護保険優先原則と「2007年通知」の概要

介護保険優先原則は、障害者総合支援法第7条に規定されている。この規定は、障害者総合支援法における「自立支援給付」と同様のサービスが、介護保険法においても提供される場合には、介護保険法優先を要請する¹⁾。つまり、障害者は、65歳になることで、あるいは40歳以上65歳未満であっても「特定疾病」を罹患した場合には、介護保険制度によるサービス給付が優先適用される。

しかし、同時に、厚生労働省は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（以下、「2007年通知」と題する通知を発している²⁾。その内容を簡単に示すと、以下の通りで

i 日本福祉教育専門学校（社会福祉士養成科学科長）

ある。

「(2) 介護給付費等と介護保険制度との適用関係」のなかの「②介護保険優先の捉え方」で、ア. 障害者の希望するサービスと同様のサービスが、介護保険法で提供されている場合であっても、「その心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、……一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする」として、市町村には、利用意向を聴き取りによって把握したうえで判断すべきことを求める。

また、イ. 介護保険サービスにない障害福祉サービス固有のもの（同行援護、行動援護、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援等）については、自立支援給付によるサービスが利用でき、介護給付費等が支給されるとする。

さらに、「③具体的な運用」のア. 「在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができない」場合には、自立支援給付によるサービスが利用できる。すなわち、介護保険の給付抑制的性格との観点から、介護保険サービスのみでは必要な支給量が満たせない場合には、障害福祉サービスが利用可能であるとする。

くわえて、イ. 介護保険サービスによって必要な支援を受けられると判断できる場合でも、例えば、利用可能な事業所・施設が身近にない、あっても空きがないなどの社会資源の不足による場合、またはウ. 要介護認定の結果「非該当」とされた場合など、現実に介護保険サービスが利用できないときは、自立支援給付によるサービスが利用できる³⁾として

したがって、障害者総合支援法においては、介護保険制度によるサービスの優先が原則とされるが、「2007年通知」において、一律に優先させるのではなく、障害者個人々の心身の状況などに配慮して、機械的な運用を避けるべきだとしている。介護保険サービスにない障害福祉サービス固有のものは当然利用できるはずであり、また社会資源の不足や要介護認定の結果「非該当」となったなど、現に介護保険サービスを利用できない場合も同様である。さらに、介護保険サービスのみでは必要なサービス量が満たせない場合には障害福祉サービスの上乗せ支給が認められるとする。

しかし、すべての自治体で「2007年通知」どおりの運用がなされるわけでもなく、また介護保険優先原則そのもののもつ内在的な矛盾があるのも事実である。そのため、「応益負担」による利用者負担が要求される、またこれまでの障害福祉サービスが継続利用できないなど、多くの弊害が生じている。岡山では、岡山市を被告として訴訟にまで発展している。

そこで、本稿では、まず介護保険制度と障害福祉制度の相違に焦点をあて、2000年以降一貫してこの原則が存在していたにもかかわらず、現在にいたってこの問題が大きく取り上げられるようになった原因を示す。障害者のなかでもいわゆる「団塊の世代」が65歳に達し始めたことなど人口構造の問題もあるが、本稿では特に利用者負担の制度上の乖離、そしてそれをもたらした障害者運動の到達点に着目した。つぎに、厚生労働省が行った介護保険優先原則運用の自治体調査結果を用いて、「2007年通知」の運用に自治体間でどのような相違が生じているかを示す。さらに、このような自治体間格差が生じる主因として、法的側面と財政的側面の課題に注視した。また、この調査結果を踏まえて厚生労働省が出した「事務連絡」の内容と限界について言及する。最後に、「2007年通知」の2015年一部改正が65歳をむかえる障害者などに及ぼす影響を考えるとともに、介護保険優先原則と現在国が推進する「自助・互助・共助・公助」論との関係についても考察する。

したがって、本稿は、荻原（2015）⁴⁾では執筆時期との関係で扱えなかった厚生労働省の調査結果や「事務連絡」などの最近の動向を踏まえて、介護保険優先原則とその運用のもと政策課題を明らかにすることを目的とする。

II 介護保険優先原則の歴史と障害者運動

1. 「2000年通知」と介護保険優先原則

介護保険優先原則の歴史は、2000年の介護保険制度の施行とともに始まる。同年3月24日、厚生省（現厚生労働省）は「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」（以下、「2000年通知」という通知を出す。当時の障害福祉制度は措置制度である。その内容は、介護保険優先を明示するとともに、後に示す「2007年通知」の原型といえるものであった。ただし、介護保険優先の内容については、前述の内容と重複するので捨象する。また、65歳以上の障害者、あるいは40歳以上65歳未満の特定疾病罹患者の要介護状態等の把握を行うことが必要であるとして、介護保険法に基づく要介護等認定申請を行うように、自治体への周知徹底を要請している。

「2000年通知」が「2007年通知」と類似している具体的な運用内容を示す。まず、「障害者施策で実施されている在宅サービスのうち、ガイドヘルプサービスや各種の社会参加促進事業など介護保険の保険給付にはないサービスについては、引き続き障害者施策から提供される」として、障害福祉に固有のサービスは継続利用できることを明記する点である。具体的には、ガイドヘルプサービスのほか、デイサービス、補装具などについて、障害固有のサービスの性格に着目して継続利用を認めている⁵⁾。

つぎに、ホームヘルプサービスでは、「介護保険法の保険給付に比べてより濃密なサービスが必要であると認められる全身性障害者」には、「社会生活の継続性を確保する観点から、介護保険では対応できない部分について、引き続き障害者施策から必要なサービスを提供することができる」とする。これ

は、「2007年通知」において、介護保険サービスのみでは必要な支給量が満たせない場合に、障害福祉サービスの利用を認めている点に類似する。

また、ショートステイにおいては、「身近に介護保険の短期入所生活介護事業所がない場合などやむを得ない事情がある場合」には障害福祉サービスの利用を認めるなど、社会資源不足への配慮による利用を可能にしている点でも似ている。

しかし、「2000年通知」には、「2007年通知」にみることができない大きな特徴がある。「利用者負担」に関する部分である。当時は、介護保険制度ではサービス利用量（金額）の1割を要求する「応益負担」を採用したのに対して、前述したように障害福祉制度は措置制度であり、負担能力（所得水準）に応じた負担である「応能負担」を採用していた。そこで、この通知では、「介護保険への移行に伴う負担の激変緩和を図る観点」から、低所得の介護保険の利用者に対して、介護保険給付としてホームヘルプサービスを受ける場合には、2004年度までの間3%に負担を軽減するとした。

ただし、この制度移行に伴う負担軽減策は、低所得者の範囲を矮小化していること⁶⁾、ホームヘルプサービスに限定していることなどの課題をもつが、このような政策的配慮は、65歳になったことで、あるいは40歳以上65歳未満の者が特定疾病に該当したことで、利用者負担が増大するという制度矛盾に対して、障害者からの批判をいくらかは軽減する効果があったのかもしれない。しかし、日本障害者センター・65歳問題検討会⁷⁾での議論の中で明らかとなったことだが、2000年当時から、一部の障害者はこの問題の重大性を指摘していたそうである。だが、その後も、現在ほどの大きな批判をもたらすような運動にはならなかった。つぎに、当時と現在では何が異なるのかを考えたい。とはいえ、当時も、そして現在でも多くの障害者・家族がそうであるように、介護保険制度への移行による不利益に耐えながら、「あきらめ」させられていたのではないかということとは推定できる。

2. 障害者自立支援法の制定・改正と介護保険優先原則

障害福祉制度は、2000年の社会福祉基礎構造改革の影響を受けて、2003年には措置制度が解体され利用契約制度を導入する支援費制度へと移行する。この支援費制度もまた、措置制度と同様に、利用者負担に関しては「応能負担」を採用したことから、介護保険優先原則の問題は継続されることになる。そして、2004年には、厚生労働省は、支援費制度の「財源不足」を問題視して、障害福祉制度の介護保険制度への吸収を志向する。2005年の介護保険制度改革、ひいては2000年代半ばの社会保障構造改革と連動した、いわゆる介護保険問題統合問題である。

その政策目的は、保険主義と利用者負担の強化による財政支出削減にあったといえよう。厚生労働省は、20歳以上の者まで被保険者の対象年齢を引き下げのために、若者といえども障害者となる可能性があるとし保険原理が成立するとして、介護保険財政の安定化を模索した。また、公費負担方式を採用す

る障害福祉制度を解体し、給付と負担（保険料）が連動することで受給抑制効果を期待できる介護保険制度を、全世代的な社会保険制度へと変化させることをめざした。これらは、介護保険制度に関して保険主義を徹底化するために、障害者を利用しようとしたのである。くわえて、すでに「応益負担」を採用し、2005年改正で食費等居住費用の原則自己負担化の導入が予定され、相対的に利用者負担が重い介護保険制度に、障害福祉領域を組み込めば、財政支出の削減につながると考えたことは間違いない。

しかし、この統合は、障害者・家族のみならず、保険料負担（事業主負担）の増大を避けようとする財界からも反対され、「時期尚早」とであるとして見送られる⁸⁾。その代替として、2005年2月に障害者自立支援法が制定された。この法制度は、社会保険方式の採用は回避し、公費負担方式を継続するという財界への配慮をもちながらも、障害者・家族が明確な拒絶を示した「応益負担」の採用、食費等居住費用の原則自己負担化、同額の利用者負担上限額の

表1 介護保険制度の上限月額と障害福祉制度の上限月額の変遷

単位：円

区分	世帯の収入状況	介護保険制度 2000年4月～ (2015年7月)	障害者自立支援法（2013年4月以降は、障害者総合支援法）			
			施行時 2006年4月～	特別対策 2007年4月～	緊急措置 2008年7月～	基本合意に よる法改正 2010年4月～
低所得1	世帯全員が住民税非課税で、かつ合計所得金額と課税対象年金の合計金額が80万円以下 ^{注1)} 、または老齢福祉年金の受給者	15,000	15,000	3,750	1,500	0
低所得2	世帯全員が住民税非課税で、上記以外	24,600	24,600	6,150 (通所3,750)	3,000 (通所1,500)	0
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円未満）注(1)	37,200	37,200	9,300	9,300	9,300
一般2	上記以外	37,200	37,200	37,200	37,200	37,200

注(1) 入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム・ケアホーム利用者を除く。入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム、ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となる。

(2) 比較しやすくするために、入所の場合の社会福祉法人減免や個別減免、また障害児の場合の負担上限額については、捨象している。

出所：萩原康一「障害者福祉と高齢者福祉の近接政策における課題と展望——利用者負担と社会保険、政府間関係に関する考察を中心に——」鷺谷徹編『変化の中の国民生活と社会政策の課題』（中央大学出版部、2015）、28ページ

設定（「表1参照」）など、介護保険制度と同様の利用者負担を採用したのである。

そして、この法第7条に、介護保険優先原則も明記された。今後の介護保険制度への統合を見据えるとともに、65歳以上の者、あるいは特定疾病該当者に対する保険主義の履行のために採用されたといえよう。だが、利用者負担としての視点からは、介護保険制度と同じ利用者負担システムを採用していたがゆえに、問題視されることはなかった。

その後、障害者自立支援法は、幾度となく改正されることになる。多くの課題をもつ法制度であったが、やはり特に問題視されたのは、利用者負担の内容、すなわち「応益負担」の採用と食費等居住費用の原則自己負担化であった。障害者・家族、関係団体は、怒りを露わにして、それは大きな運動へと結びついていった。その背景には、在宅サービスや施設利用を抑制する者、また受給継続のために生活の質を低下せざるを得ない者などが続出したことによる。

そこで、政府はこの批判を緩和させるために、2006年12月には「障害者自立支援法円滑施行特別対策」（以下、「特別対策」）を決定し、住民税非課税世帯と課税世帯のうち相対的に低所得の世帯に対して、在宅・通所サービス利用の負担上限額を4分の1にする軽減措置などを実施する（表1参照）。そして、2007年3月に、「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（以下、「2007年通知」）が、「2000年通知」を原型としながら、これを廃止する形で出される。当然、この新法に適合した、2つの法制度の適用関係を自治体へ示すという目的はあろうが、この「特別対策」を実施することで、障害福祉制度と介護保険制度との間で利用者負担が乖離することになり、介護保険優先原則への批判を軽減する目的で、その延命のために発したとも考えられる。

また、2008年7月には「障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置」（以下、「緊急措置」）を実施して、市町村民税非課税世帯に対して、さら

なる利用者負担の軽減などを図ることになる（同表参照）。さらに、「緊急措置」では、利用者負担上限額を算定する際の所得段階区分において、これまでの「住民票上の世帯全体の所得」から、「本人と配偶者のみの所得」をもって判断することとした。介護保険制度では、現段階でも「住民票上の世帯全体の所得」を負担上限の算定基準とすることを考えれば、その乖離はより大きなものとなったといえるであろう。

しかし、低所得者を中心に利用者負担は軽減されてもなお、「応益負担」は堅持され、障害者・家族の国（厚生労働省）への怒りは収まることはなかった。2008年10月には障害者自立支援法違憲訴訟が提起され、最終的には14箇所の地裁で訴訟になる。提起理由は、「応益負担」を採用した障害者自立支援法は、障害者の生存権や幸福追求権などを侵害するものであり、憲法に違反するというものであった。そして、2009年9月の総選挙後、政権交代が生じて、2010年1月には、国と障害者自立支援法違憲訴訟の原告団・弁護団との間で「基本合意」が締結され、すべての地裁で和解が成立した。

この「基本合意」では、障害者自立支援法を廃止することを約束するとともに、「立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し」、謝罪するのである。さらに、「四 利用者負担における当面の措置」として、2010年4月からは、住民税非課税世帯は、障害福祉サービスと補装具に関しては、利用者負担が無料となった（表1参照）。

2012年4月には、「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」（2010年12月公布）による法改正がなされた。これにより、障害福

社サービスと補装具の利用者負担を合算して負担を軽減するとした。そのうえで、利用者負担額は、負担上限額までは(1割の)「応益負担」を残しながらも、法律上「応能負担」を原則とする明記した。同年12月の総選挙後、再び政権交代が生じ、2013年4月には障害者自立支援法は、障害者総合支援法(正式名称は「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」)に名称変更される。しかし、利用者負担や介護保険優先原則に変更が加えられることはなかった。

これまでみてきたように、運動や訴訟、政治的要因などが密接に結びつきながら、利用者負担に関しては、障害者福祉制度は介護保険制度と著しく乖離した。この制度上の乖離が、介護保険優先原則の矛盾を大きくさせたといえる。また、峰島(2013)が指摘するように、「応益負担」の廃止も、そればかりか障害者自立支援法の廃止(実質的には名称変更)も、運動や訴訟を通じて勝ち得たものである。「私たち抜きに決めさせない」という土壌をつくりだし、当事者抜きの制度がいかなる事態を生むのかを、政府ばかりか国民にまでも明示した。そのことが、障害者運動の信念として根付いたといえるであろう。政府の非合理を追及する運動の方法と自信を得たことは間違いない⁹⁾。

岡山での訴訟の原告である浅田達雄氏は、「意見陳述書」の最後に、つぎのように述べている。「全国の仲間たちが、障害者自立支援法訴訟を起こして低所得者の1割個人負担を撤廃させました。なのに、65歳になると無理やり介護保険に切り替えられるのは不平等です。差別です。せっかく、71人の仲間ががんばって勝ち取ったことを無駄にはしたくはありません。65歳になっても、64歳までと同じように負担なく介護が使えて安心して生活できるように強く願っています。裁判所におかれましては、上記の私の生活の実態を十分にご理解してください、私の願いを分かっただきますよう要望いたします」と¹⁰⁾。今後も、介護保険優先原則が継続され、他の自治体においても、岡山市と同様の運用が行われ

ば、さらなる大きな運動となるであろう。

Ⅲ 2014年厚生労働省調査結果にみる自治体運用の実態

厚生労働省は、2015年2月に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果」と題する調査結果を公表した。その目的は、障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係については「2007年通知」で「市町村へ通知しているところであるが、その運用等の実態を把握すること」にあるとしている。

調査の実施時期は、2014年8月である。悉皆調査ではなく、調査対象自治体は全指定都市(20)、全中核市(43)およびその他市区町村(222)¹¹⁾である。回答数は、計259で、その内訳は全指定都市(20)、中核市(34)およびその他市区町村(205)で、回答率は90.9%である。なお、この調査結果の構成は、1. サービス利用状況等実態、2. 市町村の制度利用、3. 不服審査及び訴訟、4. 自治体意見となっている。それぞれに複数、ないしは単一の表を示すのみで、厚生労働省は一切分析、考察等はしていない。また、本稿においては、本稿の目的に照らして重要性の低いもの、質問、回答の意義が政策実態を示すには不十分なものなどがあるため、すべての表を扱うことはしない。

「1. サービス利用状況等実態」のうち、表2によれば、65歳未満も含む全体の障害福祉サービス利用者(350,205人)のうち、65歳以上の者(34,400人)の占める割合は9.8%である。対して、佐藤(2013)によれば、在宅障害者のなかで介護保険サービスの利用者は約179万人、障害福祉制度利用者は約155万人(自立支援医療、補装具、地域生活支援事業のみを利用する者を除く障害福祉サービスの利用者は約67万人)であり(ただし、どの程度併給しているかはわからない)、そして65歳以上の障害者は約6割

表2 65歳以上の者についてのサービス利用状況

区分	人数
障害福祉サービス利用人数（65歳未満も含む全体）	350,205
障害福祉サービス利用人数（65歳以上）	34,400※1
併給（介護保険・障害福祉）人数	12,198
介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から障害福祉サービスを上乘せしている人	5,575
障害福祉サービスのみ利用人数	21,953※2
介護保険サービスでは適切な支援は困難と判断したため	1,705
障害福祉サービス固有のもの（行動援護，同行援護，自立訓練（生活訓練），就労移行支援，就労継続支援）であるため	6,514
要介護認定等の結果非該当となったため	1,374
要介護認定等の申請をしていない等その他の理由※3	11,291

原注：※1 「障害福祉サービス利用人数（65歳以上）」欄の記載はあるが、そのうちの「併給（介護保険・障害福祉）人数」や「障害福祉サービスのみ利用人数」について不明としている自治体があることにより、「併給（介護保険・障害福祉）人数」欄と「障害福祉サービスのみ利用人数」欄を合算した数値が「障害福祉サービス利用人数（65歳以上）」欄の人数と一致しない。

※2 「障害福祉サービスのみ利用人数」欄の記載はあるが、その理由ごとの内訳人数が不明と回答している自治体があるなどにより、「要介護認定等の結果非該当」欄から「要介護認定等の申請をしていない等その他の理由」欄までを合算した数値が「障害福祉サービスのみ利用人数」欄の人数と一致しない。

※3 「介護保険被保険適用除外施設（障害者支援施設等）入所中」の場合等

出所：厚生労働省「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果」（2015年2月）

を占めている。厚労省調査は全国悉皆調査ではないため単純な比較はできないが、多くの65歳以上の障害者は介護保険サービスのみを受給（単給）していることが推測できる。

つぎに、「併給（介護保険・障害福祉）人数」12,198名のうち、「介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から障害福祉サービスを上乘せしている人」は5,575名で、45.7%である。併給が認められるときの約半数は、介護保険の給付抑制的性格との観点から、介護保険サービスのみでは必要な支給量が満たせないために、障害福祉サービスも併給していることがわかる。その他の併給している利用者の理由に関しては、明らかにはされていない。

また、障害福祉サービスのみ利用者（21,953名）について言及する。はじめに、「介護保険サービスでは適切な支援は困難と判断したため」（1,705名）

というのは、本通知において、その心身の状況等によって「一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする」として、市町村に利用意向を聴き取りによって把握したうえで判断すべきことに対処し、その利用意向に応じた自治体運用の結果であると推定できる。「併給」ではなく「選択」ができた利用者が、数としてはわずかだが、一定程度はいるということがわかる。

さらに、「障害福祉サービス固有のもの（行動援護，同行援護，自立訓練（生活訓練），就労移行支援，就労継続支援）であるため」（6,514名）は、通知に基づいて無条件に利用できるもので、本来は介護保険サービスとの併給も可能であるが、それを希望しなかったために、結果として障害福祉サービスのみ利用となったと推定できる。「要介護認定等の結果非該当となったため」（1,374名）は、障害支援区分と要介護度等との相違に基づいて、対象者を限定

するという意味での介護保険の受給抑制的性格を示すものではあるが、これも通知上障害福祉サービスが無条件で提供されるものである。

「要介護認定等の申請をしていない等その他の理由」(11,291名)が最も多い。65歳以上の障害者で要介護認定等の申請をせずに障害福祉サービスを利用していることの意味は、「介護保険優先原則」に納得がいかに抵抗手段をとってはいるが、それをもって自治体が一方的に障害福祉サービスを打ち切っていないことを指す。ただし、このなかには、原注※3が示すように、介護保険被保険適用除外施設(障害者支援施設等)入所者を含む人数であり、どの程度の人数がいるのかは不明である。

これまでみてきたように、個別の利用人数は、本稿が示そうとする「2007年通知」運用の自治体間の相違を示すのに、全体がみえないことからあまり意味があるとはいえないが、一部か、大多数かは別として、本通知に基づいて運用している自治体もあるということはいえる。つぎに、「2. 市町村の制度運用」についてみる。

この調査では、対象となった全自治体に対して、「介護保険サービスと障害福祉サービスの併給可能な旨」について、事前案内をしているか否か、住民への周知をしているか否かについて質問している。表3をみると、事前案内を「していない」、「未回答」が計20%を占める。また、事前案内を「している」という自治体は、約40%しかない。「事例によって

はしている」は約40%である。ただし、利用者ごとにその必要性に基づいて自治体で判断していると良心的に受け止められることもできるが、自治体側で併給可能な利用者を選別して抑制している可能性も高い。その論拠は、他の質問項目で、介護保険制度への移行の案内の方法を聞いているが、「自治体窓口や利用者宅訪問等による直接説明」が129自治体、「電話で説明」が100自治体、「お知らせの送付」が89自治体、「その他」が32自治体となっており、前2者の直接説明や電話での対応では、自治体職員の説明次第では本来併給が可能な人に対しても、案内をしていない可能性があるからである。

また、住民への周知については、「している」と回答した自治体は20%にも満たない。ただし、住民への周知を「している」とした49自治体においても、広報誌やホームページといった媒体は12自治体に限られ、他の37自治体においてはその方法は不明である。よって、介護保険サービスと障害福祉サービスの併給は、障害者・家族を含む住民にとって、自治体によって隠された施策であるということがわかる。同時に、介護保険優先原則の例外をもたらず「2007年通知」の存在をも隠し、無意味化させる自治体施策の表れでもある。

つぎに、この調査では、介護保険制度の開始手続きに相当する要介護認定等の申請の有無について聞いている。要介護認定等を申請しないことは、障害者が介護保険優先原則を拒絶する主要な方法といえ

表3 介護保険サービスと障害福祉サービスの併給可能な旨の自治体運用

自治体数(構成割合:%)

事前案内		住民への周知			
している	101 (39.0)	している	広報誌	3	49 (18.9)
事例によってはしている	108 (41.7)		ホームページ	9	
			その他の方法	37	
していない	20 (7.7)	していない			209 (80.7)
未回答	30 (11.6)	未回答			1 (0.4)
合計	259 (100.0)	合計			259 (100.0)

出所:表2と同じ(筆者一部修正)

表4 要介護認定等の申請の有無と申請しない場合の理由

自治体数（構成割合：％）

ある	（申請しない理由：複数回答可）		94（36.3）
	自己負担の発生	60	
	介護保険優先の考え方が理解不能	44	
	現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため	40	
	馴染みの支援者を希望	38	
	その他	10	
ない			163（62.9）
未回答			2（0.8）
合計			259（100.0）

出所：表2に同じ

る。あわせて、申請しない理由についても質問している。表4によれば、約3分の1を超える自治体で、要介護認定等を申請しない者がいることがわかる。

その理由としては、「自己負担の発生」が最も多い。これは、介護保険制度と障害福祉制度の利用者負担の相違によるものであり、障害者や低所得者にとっての介護保険の過重的負担の課題を示すと同時に、65歳に達したことで新たに利用者負担が課されることを不公正と受け止めたものといえよう。

また、「現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため」は、介護保険制度のもつ受給量の制約をもたらす受給抑制的性格に起因し、同時に障害福祉サービスの上乗せ支給による併給をもってしても満たされない可能性を危惧したとも考えられる。

「馴染みの支援者を希望」は、環境変化に弱いなどの障害特性をもつ者にとっては、同一の福祉サービスの利用継続は、健康の維持や生活の安定にとって必須である。それにもかかわらず、介護保険制度への移行によって類似していても異なったサービスを強制する、矛盾への対抗を意味していると推定できる。

最後に、「介護保険優先の考え方が理解不能」については、障害者にとって、相対的に利用者負担が高く、必要なサービス量も満たしてくれない介護保

険がどうして優先されるのかは、到底納得がいくものではない。保険主義の徹底や財政支出抑制などの政策を受け入れ、それによって利用者負担の発生あるいは増大、利用継続の困難性などの生活の変化に耐えなければならないことは理解しがたいのである。

さらに、この調査では、要介護認定等の申請に応じない障害者がいるとした94自治体に対して、65歳に到達した後に継続して障害福祉サービスの利用申請があった場合の対応も質問している。表5をみれば明らかなように、78自治体、約8割の自治体は、障害福祉サービスの支給決定期限を通常より短く設定するという措置をとるか否かは別として、障害福祉サービスの支給決定を行っている。

対して、「障害福祉サービスの利用申請を却下」と回答した自治体は、6か所ある。これらの自治体では、要介護認定等の申請を行わないと障害福祉サービスを打ち切られることになる。この調査結果では各質問項目間でクロス集計はしていないが、この対応が訴訟や審査請求につながったといえるであろう。介護保険優先が「法律」によって規定され、またこの介護保険優先原則に従い重い利用者負担などに耐える障害者がいることとの公平性が重要であることも考えられるが、機械的に申請を却下すれば、障害者の生命や生活に重大な影響を及ぼすことは理解できるであろう。また、「申請勧奨に応じず障害

表5 要介護認定等の申請勧奨に応じずに、65歳到達後に継続して障害福祉サービスの利用申請があった場合の対応
自治体数（構成割合：％）

障害福祉サービスの支給決定を行い、引き続き申請勧奨を行う	63（67.0）
障害福祉サービスの支給決定期限を通常より短くして決定し、引き続き申請勧奨を行う	15（16.0）
障害福祉サービスの利用申請を却下	6（6.4）
申請勧奨に応じず障害福祉サービスの利用申請を行うまでに至ったケースはない	5（5.3）
その他	5（5.3）
合計	94（100.0）

出所：表2に同じ

福祉サービスの利用申請を行うまでに至ったケースはない」とした5自治体では、介護保険サービスばかりか、障害福祉サービスまでも、受給をあきらめさせられたと考えられる。

合わせて、この調査では障害福祉サービスが介護保険サービスに上乘せされ、「併給」される場合の要件について、質問している。「在宅の障害者で、申請に係る障害福祉サービスについて当該市町村において適当と認める支給量が、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスに係る保険給付の居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の制約から、介護保険のケアプラン上において介護保険サービスのみによって確保することができない」と認められる、「通知」を要件とする自治体は176自治体（68.0％）であった。だが、この要件に加えて、さらなる要件を追加している自治体が、74自治体（28.6％）もあることも明らかにしている。この追加例として「要介護4ないし5以上であること」、「身体障害者（両上下肢機能障害など）であること」などがあげられ、自治体の判断で重度障害者などに限定する目的で要件が厳格化されている。

なお、この調査では、要件を追加した74自治体に対して、「上乘せ利用の要件を満たさない場合であっても個別の状況に応じて上乘せ支給を行っているか」も合わせて、聞いている。上乘せ支給（併給）を「行っている」としたのは23自治体（31.1％）で、「行っていない」としたのは、51自治体（68.9％）であった。後者には、「支給申請事例がなかった場合

や、②障害福祉サービスの上乗せ利用の要件に『個別の状況に応じて検討する』ことを盛り込んでいる場合等が含まれている」との脚注記述があるが、自ら要件を厳格化して、「併給」を阻止する自治体の存在が明示されたことに他ならない。

また、「2007年通知」は、前述したように、障害者の希望するサービスと同様のサービスが介護保険法で提供されている場合であっても、心身の状況等は多様であるから「一律に当該介護保険サービスを優先的に利用するものとはしないこととする」として、市町村には、利用意向を聴き取りによって把握したうえで判断すべきことを求めている。この調査では、障害者が必要とする支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについて、具体的な意向を聴き取りによって判断しているかを質問している。

表6をみると、全てのケースで実施している自治体は約半数に過ぎない。また、「判断が困難なケース」に限って、具体的な意向を聴き取り判断している自治体は約40％であった。これらの自治体では事務の効率性を図ったともいえるが、自治体側で一方向的に判断して、「併給」や「選択」を否定する恣意性が介入する余地がある。そして、何よりも「具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している」とする自治体は24自治体、約10％も存在する。「2007年通知」を完全に無視した形で運用していることになる。

「2. 市町村の制度運用」の最後では、「移動支

表6 障害福祉サービスの利用者が必要としている支援内容を介護保険サービスにより受けることが可能か否かについてどのように判断しているか

自治体数（構成割合：％）

全てのケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	128（49.4）
判断が困難なケースで具体的な意向を聴き取り、判断している	96（37.1）
具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している	24（9.3）
その他	8（3.1）
未回答	3（1.2）
合計	259（100.0）

出所：表2に同じ

援」のみではあるが、地域生活支援事業の併給調整についても質問している。法第7条の介護保険優先原則は、自立支援給付に関する規定であり、地域生活支援事業については規定していない。しかし、この調査で、「移動支援」についても介護保険給付との併給調整を行っている、すなわち介護保険を優先させているとした自治体が95あり、36.7%を占めることがわかった。後で示すが、これは「2007年通知」で厚生労働省が推奨したとおりに運用したことになる。

「3. 不服審査及び訴訟」では、2012年度から2014年8月1日までの間に、介護保険給付と併給調整規定に基づく障害福祉サービスに係る支給決定処分に対する審査請求が11件あるとしている。その理由については、「介護保険移行による利用者負担の増加」が3件、「介護保険サービスで適切な支援を受けられるかどうかについての市町村の運用」が6件、「その他」が5件となっている（ただし、「1件の審査請求について複数の論点があると回答した自治体がある」）。また、訴訟については1件で、理由は「介護保険移行による利用者負担の増加」であり、前述した岡山市を被告とした浅田訴訟である。

最後に、「4. 自治体意見」では、「自治体からの主な意見（全体で96件）」として、3つの意見が掲載されている。「介護保険移行に伴う利用者負担の発生及び増大が理解を得にくい」と「介護保険との併給について国が一定の指針や明確な基準を示してほ

しい」とがそれぞれ33件、34.4%であり、「介護保険対象者に対する居宅介護の国庫負担基準を設定してほしい」が13件、13.5%である。利用者負担の発生・増大は介護保険優先原則の最大の内在的な制度矛盾である。ただし、これを除いた他の2つの自治体意見は、介護保険優先原則の法的側面と財政的側面のもつ問題点と深く関連するため、次節において言及する。

これまでみてきたように、介護保険優先原則における運用は、自治体によって大きな相違があった。そして、一部の自治体では、住民たる障害者・家族の生活や生命を守る責任を自ら破棄していると思えない運用を行ってきた。しかし、後でその理由を示すが、それをもたらした第一義的責任は国にあると考える。ところで、障害者基本法は、国だけでなく自治体に対しても政策のあり方を、つぎのように規定している。まず10条1項で「障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策は、障害者の性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じて、かつ、有機的連携の下に総合的に、策定され、及び実施されなければならない。」とし、2項で「国及び地方公共団体は、障害者の自立及び社会参加の支援等のための施策を講ずるに当たっては、障害者その他の関係者の意見を聴き、その意見を尊重するよう努めなければならない」とする。後述する国による財政的な措置が「足かせ」になることは十分に想定できるが、自治体もまた、これらの規定に基づいて、障害

者などの具体的な意向を汲み取るとともに、個々人の心身の状態や社会的・経済的な生活実態に応じた運用に改めるべきことはいうまでもない。

Ⅳ 「2015年事務連絡」と政策課題

1. 法的側面と財政的側面による課題

介護保険優先原則は、これまでも述べたように、障害者総合支援法という「法律」で規定している。対して、この運用を規定した「2007年通知」はあくまでも「通知」であり、地方自治法上の技術的助言に過ぎない。自治体にとって、法的拘束力はないと解されるのである。したがって、自治体が、「2007年通知」以上の要件を追加し、また案内や住民への周知などを行わないことなどで「併給」を避けても、ないしは具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断していても、すなわち「2007年通知」を形骸化させ、あるいは無視する運用を行っても、法令上は問題がない。

むしろ、法令上は、介護保険制度を優先的に適用さえすればよいのである。自治体間で相違が生じる大きな理由の1つである。厳密に、国が介護保険サービスと障害福祉サービスの「併給」を、あるいは「選択」も含めて認めるのであれば、この内容を「法律」あるいはこれに基づく「政令」で規定するか(明文化するか)、または介護保険優先原則そのものを廃止して、「法律」から削除するかのどちらかである。介護保険優先原則における「利用者負担」などの内在的矛盾を超越するには、後者が望ましいことは言うまでもない。だが、どちらにしても、国にその意思がないのは明確である。

国は、「2007年通知」のなかで、地域生活支援事業における介護保険優先関係についても触れている。地域生活支援事業は、自立支援給付とは異なり、障害者総合支援法第7条において給付調整の対象とはなっていない¹²⁾。しかし、これについても、「日常生活用具に係る従来の取り扱いや本通知の趣旨を踏まえ、地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執

行の観点も考慮しつつ、その適切な運用に努められたい。」と述べる。つまり、「適切な運用」とは、地域生活支援事業も、自立支援給付と同様に、介護保険を優先適用することであり、推奨しているのである。

国は、「法律」をもって介護保険優先原則を定めおきながら、自治体にとっては法的に拘束力をもたず、「介護保険との併給について国が一定の指針や明確な基準を示してほしい」という意見をもたらずほど不明瞭な基準である「2007年通知」をもって、若干の修正を加えているに過ぎない。そして、一部の自治体もまた、一方で「通知」を形骸化・無視するような運用をしておきながら、一方ではこの「通知」が推奨するとおりに、法規定上優先原則の適用のない地域生活支援事業に介護保険を優先適用する。それは、当該「通知」上の記述である「地域生活支援事業に係る補助金の効率的な執行」が示すとおり、介護保険制度のもつ相対的な財政的性格によるものである。

介護保険制度は、社会保険方式を採用するため、その給付費は保険料負担割合が50%、公費負担割合が50%である。そこに、政府間関係も考慮すると、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%となる。対して、障害福祉制度は、公費負担方式を採用するため、保険料負担(保険料財源)はない。よって、この制度上の「自立支援給付」は、公費負担割合が100%であり、政府間の財源負担割合は、国が50%、都道府県は25%、市町村は25%となる。また、「地域生活支援事業」の場合は、裁量的経費であるために、国が50%以下、都道府県が25%以下を補助するという規定なので、自動的に市町村が25%以上を負担することになる。したがって、国、自治体ともに、介護保険制度は障害福祉制度に比して、財政支出を縮減できる「安価」な制度であるといえる。このことは、介護保険優先原則を推進する大きな誘因となるであろう。

そればかりか、国は、行動援護や重度訪問介護などのサービスを利用する場合には、介護保険制度の

表7 重度訪問介護・行動援護・重度障害者等包括支援の利用者に対する国庫負担基準（2014年度）

障害支援区分	重度訪問介護	行動援護	重度障害者等包括支援
区分3	19,890単位	12,590単位	—
区分4	24,900単位	16,960単位	—
区分5	31,220単位	22,550単位	—
区分6	44,230単位	29,300単位	83,660単位
介護保険対象者	13,600単位	7,520単位	33,200単位

原注：(1) 重度訪問介護の区分3は経過規定である。

(2) 各区分の国庫負担基準額（一人当たり月額）は、表の「単位数」に級地区分ごとに設定する「1単位当たり単価」及び「各市町村の給付率」を乗じた額となる。

(3) 2014年度は、消費税率引き上げに伴う障害福祉サービスの基本報酬見直しと併せて、国庫負担基準についても改定を行った。

出所：障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ「高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム」（第3回）資料の参考資料1「高齢の障害者に関する現状等（第1回、第2回作業チーム資料）」より抜粋

訪問系サービスが優先適用されるように、つまり介護保険サービスと併給するという前提で、介護保険対象者に対しては、極端に低い国庫負担基準を採用する（表7参照）。「重度訪問介護」を例にとると、65歳未満の障害支援区分が区分6の障害者が利用した場合には44,230単位が支給上限となるが、介護保険対象者に関しては、13,600単位を支給上限として、約30%にまで抑制している。

また、「居宅介護」についても、具体的な数値等は本稿では捨象したが、国庫負担基準が示されているのは「通院等介助なし」のみであり、「通院等介助あり」については別途設けるとあるが、何も示されていない¹³⁾。これは、介護保険対象者の場合介護保険サービスの利用が前提で、「居宅介護」が仮に併給されても国庫負担は一切支給されないことを意味する。「介護保険対象者に対する居宅介護の国庫負担基準を設定してほしい」という自治体意見が多いのも理解できよう。

このように、国は、「2007年通知」においては、障害者の心身の状況等に応じて、個別に判断することを要請するが、財源上の措置としては、介護保険サービスが優先適用されるように、国庫負担基準を設定しているのである。国は、「障害者総合支援法では国の費用負担を『義務化』することで財源の裏付

けを強化する一方で、『義務化』といっても無条件ですべて負担することは困難であり、障害福祉に関する国と地方自治体間の役割分担を前提に、限りある国費を公平に配分し、市町村間のサービスのばらつきをなくすために、市町村に対する国庫負担（精算基準）の上限を定めた」と説明する。しかし、このような国庫負担基準の設定は、自治体に対して、介護保険優先を促進するだけでなく、「併給」をも抑制する運用へと導くものと考えられる。

2. 「2015年事務連絡」とその課題

厚生労働省は、2014年に実施した調査を踏まえて、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」と題する「事務連絡」（以下、「2015年事務連絡」）を発する。以下に、その内容をみるが、ここでは前節の調査結果との関係、および課題についても言及する。

まず、「1. 介護給付費等と介護保険制度との適用関係について」の「(1) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について」では、「2007年通知」における(2)②アに関する事項、すなわち当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か

等の判断は、個別に利用意向を聴き取りにより把握した上で判断することを要請するが、これに対しては「改めて各市町村においては、適切な運用をお願いしたい」とする。

厚労省調査では、「全てのケース」で意向の聴き取りを実施している自治体が約5割、「判断が困難なケースのみ」実施している自治体が約4割、そして「具体的な意向は聴き取らずサービス内容、機能のみで判断している」という自治体が約1割であった。最後の機械的移行は問題外としても、「全てのケース」で実施すべきことを要請するわけでもなく、「適切な運用」の内容が曖昧である。「事務連絡」もまた、「通知」同様に、法的拘束力がないことで、「地方分権」のもと自治体への責任転嫁であるといえるであろう。

つぎに、「(2) 具体的な運用について」では、「2007年通知」における例外的措置である「申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合であっても、当該サービスの利用について介護保険法の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能である」ことに言及する。そして、市町村が独自に「通知」以上の要件を課す場合であっても、「当該基準によって一律に判断するのではなく、介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、介護給付費等を支給するなど、適切な運用に努められたい」とする。

調査では、独自に要件を追加している自治体が約3割もあり、このうちこの要件を満たせなかった場合には、上乘せ支給（併給）を「行っていない」とした自治体が約7割に対応したものと見える。自ら要件を厳格化して、「併給」を阻止することを問題視している。

また、「障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することも考えられる。しかし、介護保険利用前に

必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい」とする。調査における要介護認定等の申請をしない理由のうち「現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため」と関連するとともに、介護保険制度に移行することでサービス支給量が減ったという問題が生じたことへの対応とも考えられる。国は、上乘せ支給を認めない自治体運用を批判し修正を迫る前に、そもそも介護保険の受給抑制的性格を反省すべきであり、また先に示した法的側面や財政的側面の課題がこの状況をもたらしたと考えるべきではないであろうか。

「2. 介護保険制度の円滑な利用に当たっての留意点」のうち、「(1) 障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について」では、案内の時期についても触れているが、本稿では捨象した。案内の方法については、「単に案内を郵送するだけでなく、市町村職員から」、または「相談支援専門員から直接、介護保険制度について説明を行うことが望ましい」としている。

また、「(2) 障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について」では、「介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を障害福祉サービス利用者に与えることのない」ように、「2007年通知」の(2)「②介護保険優先の捉え方」や「③具体的な運用」で示したような場合（本稿「I 介護保険優先原則と『2007年通知』の概要」参照）には、「介護給付費等の支給が可能な旨」を明記するとともに、「適切に案内を行うこと」を要請した。

調査結果では、案内の方法は、「自治体窓口や利用者宅訪問等による直接説明」や「電話で説明」、「お知らせの送付」など自治体によって多様であったことから、案内の送付と直接説明を組み合わせることを要請したと考えられる。また、本稿では、直接説明や電話での対応のみでは、自治体職員の説明

次第では本来併給が可能な人に対しても、案内をしていない可能性があることを指摘した。案内に併給可能な旨を明記して、市町村職員ないしは相談支援専門員が直接説明すれば、併給、あるいは選択に結びつく人が増えるであろう。

ただし、「介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解」という記述は、要介護認定等の申請をしない理由のうち「現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため」、また審査請求の理由とされた「介護保険サービスで適切な支援を受けられるかどうかについての市町村の運用」に対応しているとも考えられる。しかし、これらの判断を行った障害者・家族にとっては、決して「誤解」ではなく、「現実」であったといえるであろう。自治体の運用の問題ともいえるが、法律で介護保険優先原則を規定しておきながら、「技術的助言」に過ぎない「通知」をもって、その矛盾を緩和しようとする国にも大きな責任がある。また、この事務連絡では、併給可能な旨について、「事前案内」は別としても、「住民への周知」に関して一切触れようともしない国のあり方も問われる。

「(3) 指定特定相談支援事業者と指定居宅介護支援事業者等との連携について」では、障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、「障害者が適切なサービスを受けられるように」、3つの方法に言及する。①指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がモニタリングを通じて、介護保険制度に関する案内を行うこと、②同じく相談支援専門員は、介護保険サービスの利用に際し、指定居宅介護支援事業所等に対し、「利用者の状態や障害福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報」を提供して適切に引継ぎを行うこと、③介護保険サービスと障害福祉サービスを併給する場合は、相談支援専門員と介護支援専門員が随時情報共有を図ることである。

これらは、調査とはいかなる関係もない。だが、山崎・荻原（2013）で指摘したように、両制度の

「併給」も「選択」も可能性がない自治体では、市町村職員などが情報提供しないことに加えて、併給可能な自治体でも「介護支援専門員の知識不足」、併給を用いた「ケアプランの作成能力の欠如、労働条件が過酷で対応できない等の問題」から、障害者・家族は介護保険への移行は当然と思込まされていることが多いことへの対応もとれる。しかし、日本障害者協議会が政策提言として、「介護支援専門員や相談支援専門員など関係職員が個々人の障害への配慮ができるように労働環境を改善し、知識・能力の向上を図るための教育的支援も実施」するように求めたこととは大きく相違する¹⁴⁾。介護支援専門員以上に過重労働が指摘される相談支援専門員は、国・自治体の「出先機関」として、65歳での移行の前段階では介護保険制度や介護保険制度との優先関係を学習し、そして65歳移行後に併給する場合には、介護支援専門員に対して連携を図りながら障害福祉制度の情報や教育支援をも提供するように求められたことに他ならないからである。

「3. 要介護認定等の申請について」では、「障害者の生活に急激な変化が生じないよう配慮しつつ、まずは、要介護認定等申請を行っていただいた上で介護保険制度からどのようなサービスをどの程度受けられるかを把握することが適当である」とし、「したがって、要介護認定等の申請を行わない障害者に対しては、申請をしない理由や事情を十分に聴き取るとともに、継続して制度の説明を行い、申請について理解を得られるよう働きかけること」としている。

厚労省が自ら実施した調査で、前述したように、約3分の1を超える自治体で、要介護認定等を申請しない者が存在した。そして、その理由として「自己負担の発生」、「現に受けられたサービスが受けられない可能性があるため」、「馴染みの支援者を希望」、「介護保険優先の考え方が理解不能」をあげた。また、自治体の意見においても、「介護保険移行に伴う利用者負担の発生及び増大が理解を得にくい」という回答が多かった。これらを無視して、単に

「継続して制度の説明」を行うことで申請に結びつけることを図り、市町村職員や相談支援専門員に遂行させる。同時に、障害者・家族には、「我慢」や「あきらめ」を強制するのである。

3. まとめにかえて——「2007年通知」2015年の一部改正を踏まえて

2015年3月に「2007年通知」が一部改正された。同年4月以降の介護保険法の改正に合わせたものである。「一定の条件を満たした場合には、地域支援事業を利用することができる」が付加され、これを受けて優先される介護保険サービスに「第1号事業」が追加された。この事業は「介護予防・生活支援サービス事業」とも呼ばれ、訪問型サービス、通所型サービスなどからなる。ここでは、多様な主体による多様なサービスが強調され、主体としては民間事業者やNPO、住民ボランティアが明示され、同時に地域で多様なサービスが提供されるためには、人員基準等の緩和が重要であるとしている。また、利用者負担についても、「下限については要介護者の利用者負担割合を下回らないような仕組み」を要請する。すなわち、2015年8月からは、一定以上所得者が2割になることを考慮することまでは明記されていないが、最低でもこれまでどおり1割の応益負担が下限となることを示している。

人員基準の緩和はサービスの質の低下につながる可能性が高く、しかも「応益負担」を基礎とした過重な利用者負担が課されることが危惧される。そして、民間事業者やNPO、住民ボランティアを中心に、「地域づくりを通じた生活支援・介護予防サービスを充実・増加させる」として、「自助・互助」の重要性を明記する¹⁵⁾。

この制度の対象者は、改正前であれば主に「要支援者」である。ところで、2014年に厚労省が行った調査では、2013年度中に65歳に達した障害福祉サービス利用者を対象として、「障害程度区分認定者の要介護状態区分表」が掲載されている。これによれば要支援1と要支援2がこの制度の対象であるが、

障害程度区分1の者が要支援（1または2）に移行した割合は50.7%、区分2の者が要支援に移行したのは50.9%、区分3の者が34.2%、区分4の者が12.0%、区分5の者でも6.8%、区分6の者で0.8%となる。つまり、現在の障害支援区分上においてもあまりその割合が変わらないと考えると、介護保険優先原則によって、障害が相対的に軽度とされる人々を中心に、多くの障害者が今後この事業に移行される。介護保険優先原則のもつ弊害が、維持・拡大される可能性は極めて高い。

現在、国が推進する政策思考として、「自助・互助・共助・公助」論がある。これまでみてきたとおり、国、自治体双方が推し進める介護保険優先原則およびその運用実態は、社会保険方式をとる介護保険制度を共助とし、また公費負担方式をとる障害福祉制度を公助として、共助が公助に優先するという考え方である¹⁶⁾。しかし、自助、互助、共助、公助との間で優先関係を持ち出すことは、本稿が介護保険制度と障害福祉制度との間で指摘したように、財政支出との関係（財源論）以外に説明が付くものではない。ましてや自助や互助を重視する思考は、無視・放置政策や家族依存型福祉の肯定、隣保救済の復活であり、社会保障・社会福祉の長年にわたる発展過程を考えれば、歴史の逆行であると考え¹⁷⁾。

「社会保障と税の一体改革」において、社会保障制度の方向性を主に財政論の視点から示した法律が、「社会保障制度改革推進法」であった。その第2条で、「年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること」と規定した。これは、公助・公的責任に基づく公費負担は、個人保険料の高さをもつことでその制度の継続が困難な年金・医療・介護などの「共助」たる社会保険制度の維持に集中させることを明示したといえる¹⁸⁾。このような政策思考に基づけば、介護保険優先原則もあって然るべきとなるし、将来的には障害福祉制度の介護保険制度への統合もまた志向されるのであろう。

しかし、いかなる原理・原則であっても、内在的に大きな矛盾を孕んで、人々の生活に重大な悪影響を及ぼし、またそれらの人々が団結して運動になれば、取り崩すことができる。それが、障害者運動であれば、「応益負担」を中心とした利用者負担問題であったし¹⁹⁾、障害者自立支援法の違憲訴訟、廃止運動であった。介護保険優先原則に関しては、65歳になることで、あるいは特定疾病に該当することで、再び同じ大きな矛盾に直面する。利用者負担の矛盾を理由とした浅田訴訟は、介護保険優先原則の廃止運動の始まりであるといえよう。国は、運動の圧力により自治体運用の実態調査を行った。そして、その調査結果では、その矛盾を自ら露呈せざるを得なかった。その結果、「2015年事務連絡」では、介護保険優先原則の維持のために、自治体に対しては反対運動に結びつかないような「適切な運用」を願望しながら、障害者ばかりでなく自治体からも問題視された利用者負担に関しては一言も触れることができなかったのである²⁰⁾。

注

- 1) 障害者総合支援法第7条は、「他の法令による給付との調整」規定と呼ばれ、具体的には「自立支援給付は、当該障害の状態につき、介護保険法の規定による介護給付、健康保険法の規定による療養の給付その他の法令に基づく給付であって政令で定めるもののうち自立支援給付に相当するものを受けるときは政令で定める限度において、当該政令で定める給付以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において自立支援給付に相当するものが行われたときはその限度において、行わない」と規定している。
- 2) この通知の改訂前の名称は「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」であった。だが、2013年4月に障害者自立支援法が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下、障害者総合支援法）に名称変更されるに伴い、同年3月29日の本通知の一部改正により現在の名称（「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」）へ変更された。なお、本通知は、2007年3月に発せられて以来、「一部改正」が繰り返し行われたが、（後で触れる最後の一部改正を含めても）内容的に大きな改正はないこと、また通知自体が、「平成19年3月28日障企発第0328002号・障障発第0328002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知」という名称でもあることから、本稿においては「2007年通知」と表記する。
- 3) 補装具については、2014年の厚生省調査でも質問がなかったことから本稿では扱わないが、「2007年通知」ではつぎのように記述している。「介護保険で貸与される福祉用具としては、補装具と同様の品目（車いす、歩行器、歩行補助つえ）が含まれているところであり、それらの品目は介護保険法に規定する保険給付が優先される」としながらも、介護保険制度と障害福祉制度の相違に着目して、障害福祉制度の固有性を重視している。具体的には「車いす等保険給付として貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中から選択することになるため、医師や身体障害者更生相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目については、法に基づく補装具費として支給して差し支えない」とする。厚生労働省通知（2007）。
- 4) 荻原（2015）の校正段階で、2014年10月30日参議院厚生労働委員会の小池晃氏の質問による回答によって、2014年8月に厚生労働省が調査を行っていることが明確になった。
- 5) 例えば、デイサービスでは、そのサービス内容の固有性に着目して、「身体障害者デイサービス事業にあっては創作的活動及び社会適応訓練、知的障害者デイサービス事業にあっては文化的活動及び社会適応訓練といった障害者に固有のサービスを提供していることから……、社会適応訓練等と給食等を一体として障害者デイサービスとして利用を認めても差し支えない」とする。また、補装具については、介護保険と障害福祉制度による内容の相違に着目して、「車いす等保険給付として貸与されるこれらの品目は標準的な既製品の中

- から選択することになるため、医師や更生相談所等により障害者の身体状況に個別に対応することが必要と判断される障害者については、これらの品目についても、身体障害者福祉法に基づく補装具として給付して差し支えない」とする。ただし、後で示すが、日常生活用具は、「自立支援給付」ではなく「地域生活支援事業」となるため、障害者総合支援法による現行制度上、介護保険優先とはならない。しかし、当時は、この通知で介護保険優先が明記されたほか、「介護保険の福祉用具の対象となっていない品目については、引き続き日常生活用具給付等事業として給付等が行われる」としている。厚生労働省通知(2000)。
- 6) 具体的には、生計中心者が所得税非課税で、次のいずれかに該当する者が対象とされた。「ア. 若年の頃から障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していただ障害者(65歳の年齢到達前の概ね1年の間に利用実績のある者)で65歳になって介護保険の対象となった者、イ. 介護保険施行時において高齢者施策又は障害者施策によるホームヘルプサービスを利用していただ65歳以上の障害者のうち、65歳前の障害を原因として手帳の交付を受けている者、ウ. 特定疾病により要介護又は要支援の状態となった40歳以上65歳未満の者」である。厚生労働省通知(2000)。
- 7) 日本障害者センター・65歳問題検討会の構成員は、白沢仁氏(座長)、家平悟氏、二見清一氏、山崎光弘氏、渡辺覚氏、筆者である。なお、日本障害者センターは、この介護保険優先原則に関して、厚生労働省とは異なり、すべての自治体を対象とした調査を行った。2015年4月現在で回収は済んだが、分析中である。よって、執筆時期との関係から、本稿にはその調査結果を反映できなかった。
- 8) 井上・塩見(2005)60-66ページ、荻原(2005)14ページ、白沢(2005)156ページなど参照。
- 9) 峰島(2013)38-41ページ参照。
- 10) 意見陳述書(2013)。また、浅田訴訟の詳細については、荻原(2015)38-40ページを参照されたい。
- 11) 市区町村(222)の抽出方法は、各都道府県内の市(特別区を含む)から人口規模の大きい順に2市を抽出(指定都市、中核市を除く)、各都道府県内の町から人口規模の大きい順に2町を抽出、各都道府県内で人口規模が最も大きい村を1抽出(村のない場合を除く)したとしている。よって、94市(区を含む)、94町、34村を対象としたと推定できる。
- 12) 前述したように、「2000年通知」においては、現在の「地域生活支援事業」の1つである日常生活用具は、介護保険法による貸与や購入費の支給が優先適用されていた。
- 13) 厚生労働省資料(2015)〔「障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ『高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム』(第3回)資料〕。
- 14) 山崎・荻原(2013)11・12ページ。
- 15) 小川(2014)44-52ページ、厚生労働省資料(2013)参照。
- 16) 参議院厚生労働委員会における小池晃氏の質問に対する政府参考人(藤井康弘氏)の回答で、「介護保険法と障害者総合保険法という法律同士につきまして、どちらが一般法でどちらが特別法というような関係はございませんので、法体系としてどちらが優先するということはございません」とはしながらも、障害者総合支援法と介護保険法の適用については「現在の社会保障制度の原則でございますが保険優先の考え方の下に」、介護保険サービスが優先適用されるとする。日本の場合、社会保障制度が社会保険制度を中心に発展したことは理解できる。しかし、高齢者介護領域に社会保険方式を採用した歴史は浅く、また社会保険方式をとる国も稀である。日本では財政的な事情を考慮した結果であり、そもそもなぜ社会保険方式をとる制度が公費負担方式をとる制度に優先されるべきなのかを合理的に説明したものとはいえない。社会保険方式(社会保険制度)が普遍主義で、公費負担方式(社会扶助)が選別主義であって、また社会保険方式はすでに保険料を拠出しているため、公費負担方式に比して、受給に対してはステイグマが少なく、権利性が高いとする考え方がある。この考え方自体が実態を反映しているとは到底思えないが、それ以上に、真の権利性は、類似した複数の制度がある場合には、政府によって優

先関係を決定付けられた制度を利用するのではなく、国民が利用したい制度を自ら選択できることにほかならない。ましてや、法制度の優先関係が、国民生活にとってその弊害が明確化された場合には、保険優先の考え方を見直すべきであろう。本稿では扱わなかったが、高齢者介護領域に社会保険方式を採用したことで生じた弊害が大きい場合には、社会保険方式を採用したことそのものも見直さなければならないと考える。小池（2014）参照。

- 17) また、唐鎌（2015）によれば、後に示す社会保障改制度革推進法の問題点の1つとして、自助が公助に優先することは、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定する日本国憲法25条2項に違反すると批判する。この政策思考は、25条の価値をも低減・喪失させるものであるといえよう。唐鎌（2015）62・63ページ。
- 18) 荻原（2013）78-80ページ。
- 19) なお、利用者負担もまた自助であるといえよう。なぜなら、利用者負担は、「応益負担」ばかりか「応能負担」まで含めて「受益者負担」とよばれるように、福祉サービスの利用を「受益」として捉えた反対対価であるからである。すなわち、利用者負担は、障害がない（あるいは要介護状態・要支援状態にない）とされる人々にとっては一切生じない負担である。障害をもつことで生じた自助・「自己責任」に基づく費用負担といえるからである。ちなみに、「応益負担」の場合には、「応能負担」とは異なり、負担能力（所得水準）の実態をも無視して、障害が重ければ重いほど、より多くのサービスを用いるために負担額も高まることから、障害の程度まで組み込んだ自助・「自己責任」的性格をより強めた費用負担方式であるといえよう。荻原（2015）50-51ページ、鈴木（2005）76-88ページ参照。
- 20) 本稿では、浅田訴訟に至った経緯ばかりか、介護保険優先原則が障害者の生活や疾病・障害にもたらした具体的な弊害の内容については触れていない。ただし、これらは荻原（2015）で言及している。また、荻原（2015）では、介護保険制度と

障害福祉制度という2つの法制度の歴史的関係性の詳細や社会保険方式をとる介護保険制度の問題点なども指摘した。さらに、日本障害者協議会（高齢と障害ワーキンググループ）の政策提言、大阪障害者センター・障害者生活支援システム研究会の「障害者・高齢者総合福祉法」を踏まえて、障害福祉制度のもつ介護保険優先原則の克服方法、さらに、年齢や原因疾病による差別のない制度構築をめざして、2つの法制度のもつ問題点をも同時に克服する方法も展望している。荻原（2015）のほか、山崎・荻原（2013）、瀧澤・渡辺・峰島・伊藤・荻原・佐藤・井上・鈴木（2013）も合わせて参照されたい。

参照・引用文献

- 意見陳述書（浅田達雄氏）「平成25年（行ウ）第16号 行政処分取消等請求事件 原告浅田達雄 被告岡山市 意見陳述書」（2013年11月27日）
- 井上泰司・塩見洋介『障害保健福祉改革のグランドデザインは何を描くのか』障害者生活支援システム研究会編（かもがわ出版、2005）
- 小川栄二「介護保険法改定と地域包括ケアシステム」新井康友・荻原康一・小澤薫・菅野道生・小池隆生・自治労連地方自治問題研究機構編『検証「社会保障改革」——住民の暮らしと地域の実態から——』（自治体研究社、2014）
- 荻原康一「障害者福祉と高齢者福祉の近接政策における課題と展望——利用者負担と社会保険、政府間関係に関する考察を中心に——」鷲谷徹編『変化の中の国民生活と社会政策の課題』（中央大学出版部、2015）
- 荻原康一「日本の社会保障改革とその財源——なぜOECD諸国並みの社会支出が実現できないのか」障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして【提言】障害者・高齢者総合福祉法』（かもがわ出版、2013）
- 荻原康一「障害者自立支援法案と患者・利用者負担——障害者の医療制度分野を中心として——」『国民医療』第211号（国民医療研究所、2005）
- 唐鎌直義「社会保障の財源がないってほんと？」総合社会福祉研究所編『福祉のいまが見える、わかる！』（福祉のひろば、2015）

小池晃「参院厚生労働委員会2014年10月30日速記録抜粋『介護保険優先』問題に関する質疑」(2014年10月30日)

厚生労働省資料「障害福祉サービスの在り方等に関する論点整理のためのワーキンググループ『高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム』(第3回)資料」(2015年3月)

厚生労働省資料「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等についての運用等実態調査結果」(2015年2月)

厚生労働省事務連絡「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について」(2015年2月18日)

厚生労働省資料「予防給付の見直しと地域支援事業の充実について」社会保障審議会・介護保険部会(第51回)(2013年10月30日)

厚生労働省資料「障害者自立支援法の抜本的な見直しに向けた緊急措置」(2008年1月)

厚生労働省通知「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」(2007年3月28日)

厚生労働省資料「障害者自立支援法の円滑な運営のための改善策について」(2006年12月)

厚生労働省通知「介護保険制度と障害者施策との適用関係等について」(2000年3月24日)

佐藤久夫「障害と高齢 2011年『生活のしづらさ調

査』から 連載・障害者福祉政策の行方」『高齢者住宅新聞』(2014年2月19日)

障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護士と国(厚生労働省)との基本合意文書(2010年1月7日)

白沢仁「障害者福祉施策の必須課題と障害者運動の今後」峰島厚・白沢仁・多田薫編『障害者福祉制度改革 なが問題か—障害者自立支援法とわたしたちの願い—』(全国障害者問題研究会出版部, 2005)

鈴木勉「応益負担主義のイデオロギー性——平等原則への挑戦」障害者生活支援システム研究会編『障害者自立支援法と応益負担——これを福祉と呼べるのか』(かもがわ出版, 2005)

瀧澤仁唱・渡辺治・峰島厚・伊藤周平・荻原康一・佐藤久夫・井上泰司・鈴木勉, 障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして [提言] 障害者・高齢者総合福祉法』(かもがわ出版, 2013)

峰島厚「障害者運動の現状と到達点」障害者生活支援システム研究会編『権利保障の福祉制度創設をめざして [提言] 障害者・高齢者総合福祉法』(かもがわ出版, 2013)

山崎光弘・荻原康一(日本障害者協議会・障害と高齢WG [頒布資料])「介護保険優先原則に関する提言」『〈すべての人の社会〉に向けて—障害者政策・6つのWGの提案』(日本障害者協議会, 2013)

Recent trends in “The Adjustment with Payment on the Long-term Care Insurance Act under the provisions of Services and Supports for Persons with Disabilities Act” and its political issues

OGIHARA Koichiⁱ

Abstract : The Services and Supports for Persons with Disabilities Act prescribed the Adjustment with Payment on Other Acts. Persons with disabilities aged 65 or more received service that isn't provided by the Services and Supports for Persons with Disabilities Act but by the Long-term Care Insurance Act, preferentially. However, many such persons fell into difficulties of life as a result of this adjustment. They criticized the national government or local governments and furthermore, some of them started formal objections to administrative dispositions or a lawsuit. Therefore, in 2014, the Ministry of Health, Labor and Welfare carried out an investigation into the method of investment by local governments and published “office work communication” based on the results of this investigation.

At first, this paper explains the content of this adjustment and the summary of the notice that the MHLW showed on the method of investment in 2007. Secondly, it describes the cause of this problem that is estimated to have existed since 2000 and which has become serious recently. Next, focusing on the issue of financial resources, it makes reference to the reason that the Long-term Care Insurance Act is applied as priority in not only the national government but also local governments. Finally, it explains how “office work communication” by the MHLW in 2015 inflicted the persistent difficulties of life on persons with disabilities and forced the local governments to take responsibility.

Keywords : The Adjustment with Payment on the Long-term Care Insurance Act, Services and Supports for Persons with Disabilities Act, Long-term Care Insurance Act, campaign by persons with disabilities

ⁱ Japan welfare education college, social worker training department chair